

El paciente en estado crítico

ALVARO SANIN

1. ¿Cuál es el papel de la determinación de los gases arteriales en el diagnóstico de la embolia pulmonar? Está demostrado que la normalidad del CO₂ y de la diferencia alvéolo-arterial de oxígeno descartan la posibilidad de embolia pulmonar; por otra parte, los valores normales o disminuidos de CO₂ en un paciente con EPOC sugieren fuertemente la posibilidad de tromboembolia pulmonar.

2. ¿Que recurrir a los ventiladores no debiera ser una "medida desesperada"? Se argumenta el alto costo del uso de los ventiladores para no recurrir a ellos; al respecto es pertinente anotar que un día de uso de ventilador vale, en nuestro medio, menos que una diálisis, que un día de antibioterapia con una cefalosporina de tercera generación y que otros recursos diagnósticos y terapéuticos de amplio uso. En unidades de cuidados intensivos el promedio de permanencia de los pacientes en el ventilador es de 3-4 días.

3. ¿Las diferencias entre la sangre almacenada y la fresca? La primera tiene pH ácido y potasio alto; por ello se recomienda, en caso de transfusión de más de tres unidades, aplicar bicarbonato y vigilar el potasio y el calcio.

4. ¿Cuál es la utilidad del dato de la presión venosa central (PVC) en el paciente en shock? La PVC puede ser una guía para la rehidratación; al respecto cabe recordar que es de mayor valor evaluar su respuesta a pequeñas cargas (150-250 ml de suero salino) que sus valores absolutos.

5. ¿Los usos de la anestesia general en la Unidad de Cuidados Intensivos? La anestesia general tiene un valor terapéutico: se la ha empleado exitosamente en los *estatus* asmático y epiléptico cuando las medidas terapéuticas habituales han fallado.

6. ¿Cuál emplear: el activador del plasminógeno tisular o la estreptoquinasa? El activador del plasminógeno tisular (Actilise) parece tener más efectividad y menos complicaciones que la estreptoquinasa (aunque las diferencias porcentuales son pequeñas); sin embargo, la diferencia de precio por dosis es tan grande que hace preferible el empleo de la segunda.

7. ¿Que la Vitamina E puede tener un papel en el tratamiento del síndrome de dificultad respiratoria del adulto? Por su condición de antioxidante parece que es un buen agente en el manejo de este síndrome; ha sido exitosa en pacientes cuyos niveles séricos de la vitamina son bajos.

8. ¿Cómo evitar la muerte de muchos pacientes en shock hemorrágico? La principal causa de muerte por trauma abdominal es la hemorragia; por lo general se relaciona con coagulopatía debida al trauma mismo o a las transfusiones. Muchas de estas muertes podrían evitarse con un mejor manejo de la hipotermia y de la calidad de la sangre que se va a transfundir.

DR. ALVARO SANIN, Profesor Asistente, Sección de Neumología, Departamento de Medicina Interna, Facultad de Medicina, Universidad de Antioquia, Medellín, Colombia.

9. ¿Qué problemas presenta el uso de la digital? Las arritmias secundarias a la intoxicación digitalica tienen alta mortalidad y son de manejo difícil. La causa más común de esta intoxicación no son las dosis altas de digital sino la administración de otras drogas, a saber:

a. Las que elevan los niveles séricos de digital como el verapamilo.

b. Las que potencian los efectos de la digital sobre el nodo A-V como los betabloqueadores.

c. Las que potencian su efecto arritmogénico como la aminofilina.

d. Las que producen desequilibrios electrolíticos que aumentan la sensibilidad del corazón a la digital como los diuréticos.

10. ¿Que es preferible, en el manejo de la crisis asmática, administrar una o dos dosis grandes de esteroides el primer día que dosis menores durante varios días?

11. ¿Que las siguientes son causas frecuentes de insuficiencia respiratoria aguda iatrogénica?

a. Dosis altas de oxígeno en pacientes de EPOC

b. Sedantes, betabloqueadores y diuréticos

c. No tratar la anemia concomitante con la enfermedad pulmonar

12. ¿Que algunas drogas no tienen efecto benéfico en la resucitación cardio-pulmonar? Estudios recientes han demostrado tal carencia de efecto para el bicarbonato de sodio y el gluconato de calcio; se exceptúan los pacientes en quienes el paro tiene que ver con la acidosis.

13. ¿Que la administración de inhibidores de la producción de ácido por el estómago puede tener un efecto indeseable? En estas circunstancias aumenta el riesgo de proliferación bacteriana en el estómago y, por lo tanto, de que si se regurgita y aspira material se produzca bronconeumonía. Para evitarla se recomienda mantener semisentados a los pacientes politraumatizados o con trauma encéfalo-craneano y usar sucralfate, que no cambia el pH, como profiláctico de las úlceras de estrés.